

"Männer müssen lernen, mehr aus dem Bauch raus zu machen, und Frauen, den Kopf mit zu gebrauchen": Geschlechterkonstruktionen durch ÄrztInnen

Dennert, Gabriele

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dennert, G. (2012). "Männer müssen lernen, mehr aus dem Bauch raus zu machen, und Frauen, den Kopf mit zu gebrauchen": Geschlechterkonstruktionen durch ÄrztInnen. *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 4(2), 83-100. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-395985>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

„Männer müssen lernen, mehr aus dem Bauch raus zu machen, und Frauen, den Kopf mit zu gebrauchen“

Geschlechterkonstruktionen durch ÄrztInnen

Zusammenfassung

Studien konnten zeigen, dass das Geschlecht von PatientInnen medizinische Entscheidungsprozesse in ärztlichen Konsultationen beeinflusst. Wenig im Fokus stand jedoch bisher, wie Geschlecht in medizinischen Settings produziert und konstruiert wird. Diese Pilotstudie hat die Geschlechterkonstruktionen von niedergelassenen ÄrztInnen in ihren Erzählungen zur Empfehlung des Nahrungsergänzungsmittels Selen an KrebspatientInnen untersucht. Es wurden zwei Fokusgruppendifkussionen durchgeführt und mit Elementen der dokumentarischen Methode sowie mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die ÄrztInnen stellten ‚Geschlecht‘ als einen spezifischen, auf der PatientInnenseite lokalisierten Komplex von Verhalten und Befinden dar, wobei Männer als zu rigide und simplizistisch und Frauen als naiv und zu emotional geschildert wurden. Ihre Empfehlung von Selen sahen ÄrztInnen als Versuch, als problematisch empfundene geschlechtsspezifische Verhaltensweisen abzuschwächen.

Schlüsselwörter

Krebs, Geschlecht, Nahrungsergänzungsmittel Selen, Ärzte/Ärztinnen, Fokusgruppen

Summary

‘Men need to learn to act on a gut level and women to use their brains’ – Physicians’ Constructions of Gender Using the Example of the Nutritional Supplement Selenium

Studies have shown that a patient’s gender is an important factor in physician–patient encounters and in influencing medical decisions. The question of how gender is produced and constructed in medical settings has received little attention so far. This pilot study investigated physicians’ constructions of gender in their accounts of recommending the nutritional supplement selenium to cancer patients. Two focus group discussions with physicians were conducted and analysed using elements of the documentary method and qualitative content analysis. Physicians depicted ‘gender’ as a specific complex of behaviour and feeling which can be attributed to the patients. Men were described as too rigid and simplistic, while women were seen as naïve and too sensitive. When recommending selenium, physicians tried to attenuate gender-specific behaviour which is regarded as problematic.

Keywords

cancer, gender, nutritional supplements, selenium, physicians, focus groups

1 Einführung¹

Fragen des Zusammenhanges von Geschlecht und Gesundheit erfreuen sich in den letzten Jahren – nicht zuletzt durch die zunehmende Etablierung der sogenannten Gender-Medizin auch in Deutschland – wachsender Beliebtheit (Annandale/Hammarström 2010). Den Diskurs um ‚geschlechtsspezifische‘ Medizin und Gesundheitsversorgung dominieren dabei Annahmen grundlegender Geschlechterdifferenzen (Annandale/Hammarström 2010) und Fragen nach den Auswirkungen dieser Differenzen auf die Gesundheit von Frauen und Männern. Die Geschlechterkonzepte in den aktuellen Diskussionen basieren auf den personal und dichotom gedachten Kategorien „sex“ (als biologische „Tatsache“) und „gender“ (als sozial überformte Ausgestaltung von „sex“) (Kampf 2006). Grace (2007) kritisierte das Denken der geschlechtsspezifischen Medizin als dualistisch, nicht nur in Bezug auf die Diskurse über sex/gender und biologisch/sozial, sondern auch über Körper/Geist oder Gene/Umwelt, mit der Gefahr der essentialistischen und reduktionistischen Dichotomisierung von ‚Männern‘ und ‚Frauen‘ als distinkten Entitäten.

So nehmen Publikationen zu Geschlechterfragen in der Medizin aus den letzten Jahren vorwiegend Differenzen in Physiologie, Biologie und Gesundheitsverhalten auf der Seite der PatientInnen und den Umgang mit diesen Unterschieden durch medizinische Professionelle in den Blick. Wenig Beachtung hat hingegen die Frage erfahren, wie Ärztinnen und Ärzte selbst im Kontakt mit PatientInnen Geschlechterkonstruktionen vornehmen, wenn sie zum Beispiel in der Anamnese Frauen häufiger psychosoziale Fragen stellen als Männern (Hamberg et al. 2002).

Die vorgelegte Untersuchung möchte am Beispiel des Empfehlungsverhaltens von Ärztinnen und Ärzten bezüglich des Nahrungsergänzungsmittels Selen an Krebs Erkrankte einen Beitrag zur weiteren Diskussion um Geschlechterkonstruktionen in der Gesundheitsversorgung leisten.

CAM bei Krebs

Ungefähr 40–70 % der Menschen in Deutschland, die an Krebs erkranken, wenden Maßnahmen aus dem Bereich Ernährung als komplementäre und alternative Medizinverfahren an (CAM = complementary and alternative medicine)² (Eustachi et al. 2009; Nicolaisen-Murmann et al. 2004). Das Spurenelement Selen steht dabei an zweiter Stelle der von onkologisch tätigen ÄrztInnen in Deutschland empfohlenen CAM-Methoden

- 1 Mein Dank gilt Prof. Dr. Birgit Babitsch (Berlin School of Public Health) sowie Prof. Barbara Katz Rothman, Ph. D. (City University of New York) für die Betreuung der Arbeit, dem Team der Medizinischen Klinik 5 am Klinikum Nürnberg für die Unterstützung und insbesondere Dr. Katja Böhm für ihre Mitwirkung bei den Fokusgruppendifkussionen. Zudem bedanke ich mich bei Dr. Gisela Wolf für die wertvollen methodischen Diskussionen, die sie mit mir führte.
- 2 CAM wurde von Edzard Ernst et al. definiert als „diagnosis, treatment and / or prevention which complements mainstream medicine by contributing to a common whole, by satisfying a demand not met by orthodoxy or by diversifying the conceptual frameworks of medicine“ (Ernst et al. 1995: 506).

(Münstedt et al. 2000) und wird von 8–20 % der Frauen mit Brustkrebs eingenommen (Sehouli et al. 2000; Petru et al. 2001). Daten für Männer mit Krebs sind für Deutschland nicht verfügbar, die Nutzerrate lag jedoch in Großbritannien ähnlich hoch wie bei Frauen (Cheetham et al. 2001).

Den meisten CAM-Verfahren gemeinsam ist die mangelnde Studienlage zu Wirksamkeit und Sicherheit der Verfahren, die – auch im Falle von Selen (Dennert/Horneber 2009; Dennert et al. 2011) – keine Empfehlungen zur Anwendung bei oder zur Vorbeugung von Krebserkrankungen ermöglicht. Dies eröffnet Raum für spezifische Aus Handlungsprozesse zwischen ÄrztInnen und PatientInnen über die Nutzung von CAM (Schofield et al. 2010).

Studien zu Motiven und Gesundheitsverhalten zeigen, dass Menschen mit Krebs CAM-Verfahren mit dem Ziel in Anspruch nehmen, ihre Lebenszeit zu verlängern, aktiv zukünftigen Erkrankungen vorzubeugen, Gefühle von Kontrolle und Hoffnung zu erlangen, sowie als Reaktion auf Enttäuschungen über die konventionelle Medizin und aus dem Glauben heraus, nichts zu verlieren zu haben (Boon et al. 1999; Verhoef et al. 2005). Untersuchungen befanden zudem, dass Geschlecht und geschlechtsspezifische Einflüsse eine wichtige Rolle bei der Nutzung von CAM-Verfahren spielen (Verhoef et al. 1999) und Frauen CAM in der Regel häufiger als Männer anwenden (Verhoef et al. 2005).

Das Verhalten von Frauen und Männern bezüglich der Inanspruchnahme von CAM zeigt sich vor dem Hintergrund der bestehenden Männlichkeits- und Weiblichkeitskonstruktionen im Kontext von Krebserkrankungen und Gesundheitsverhalten und auch im Kontext des breiteren Themengebietes Ernährung.

Im Falle einer Krebserkrankung würden Frauen nach mehr Informationen über ihre Gesundheitssituation suchen (Rutten et al. 2005) und sich die Erkrankung eher holistisch erklären, während Männer sie als eher isoliertes Geschehen an spezifischen Körperstellen beschrieben (Seale et al. 2006).

Es wird diskutiert, dass Männlichkeit, zumindest in westlichen Industrienationen, als Prädiktor eines schlechteren Gesundheitszustandes gesehen werden kann (Schofield et al. 2000) und mit der verzögerten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Beschwerden einhergeht (Galdas et al. 2005; Lee/Owens 2002).

Männlichkeitskonstruktionen können Männern die Teilnahme an der Krebsnach-sorge oder spezifische, als nicht-männlich besetzte gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen nach einer Krebserkrankung erschweren (Kiss/Meryn 2001). So zeigen sich Männer wenig bereit, ihre Ernährung nach der Diagnose eines Prostatakarzinoms zu verändern oder Ernährungskonzepten zu folgen, die im medizinischen Diskurs als ‚gesund‘ angesehen werden (Mróz et al. 2011). Damit setzen sie im Krankheitsfall ein Verhalten fort, das für geschlechterdifferentes Ernährungsverhalten und den Diskurs um Ernährung insgesamt beschrieben wurde (Schrift 2011).

Geschlecht in der Interaktion mit ÄrztInnen

Eine Entscheidungsfindung über medizinische Behandlungen in der ärztlichen Konsultation wird konzeptualisiert als interaktionaler Prozess unter Einbezug verschiedener AkteurInnen, unter anderem PatientInnen und BehandlerInnen, und anderer Einflussfaktoren wie Kosten und Zugänglichkeit von Therapien (vgl. Übersicht in Klemperer 2003). Zahlreiche Studien haben sowohl die Zuschreibung von stereotypen Geschlechtsrollen an PatientInnen durch ÄrztInnen dokumentiert (vgl. Übersicht in Foss/Sundby 2003) als auch Auswirkungen von Geschlechterkonstruktionen auf die Kommunikation in der ärztlichen Konsultation (Hall et al. 1994; Roter et al. 2002). Für verschiedene Versorgungsbereiche wurde der Einfluss eines ärztlichen Gender-Bias auf die therapeutische Entscheidungsfindung gezeigt. So erhalten zum Beispiel Frauen mehr Verschreibungen für psychoaktive Medikamente, ohne dass sich dieser Umstand durch Prävalenzunterschiede in psychiatrischen Erkrankungen erklären ließe (vgl. Übersicht in Kolip/Glaeske 2002). In Bezug auf Krebsbehandlungen beschreiben Olliffe/Thorne (2007) ein aktives Bestärken traditioneller geschlechtlicher Arbeitsteilungen und Rollen durch Ärzte in Gesprächen mit Patienten mit Prostatakrebs.

Aushandlungsprozesse über Ernährung und Nahrungsergänzungsmittel sind in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse, da das Ziel eine Ernährungsumstellung und damit eine veränderte Inkorporierung der Umwelt durch Individuen ist. Im Sinne des „Embodiment“ (Krieger 2005) sozialer Verhältnisse stellen Ernährungsempfehlungen so eine Verbindungslinie zwischen sozialen Praxen und biologischen Prozessen dar, die innerhalb geschlechterdichotom gestalteter Verhältnisse immer auch eine Frage von ‚doing gender‘ nicht nur auf sozialer, sondern auch direkt auf physiologischer Ebene darstellt.

Diese Untersuchung geht deshalb der Frage nach, welche Geschlechterkonstruktionen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in ihrem Empfehlungsverhalten gegenüber Männern und Frauen mit Krebs vornehmen und welche Funktionen sie dabei dem Nahrungsergänzungsmittel Selen zuschreiben.

2 Methoden und Durchführung

Die Untersuchung wurde als Masterarbeit im Bereich Public Health durchgeführt (Dennert 2007). Es wurden die Motive niedergelassener Ärztinnen und Ärzte untersucht, Selen supplemente an KrebspatientInnen zu empfehlen.

TeilnehmerInnen

Die Grundpopulation dieser Untersuchung waren niedergelassene ÄrztInnen mit der Zusatzqualifikation „Naturheilverfahren“, die im November 2006 im 10-km-Radius um ein süddeutsches Ballungszentrum (Bevölkerung ca. 1 Mio.) Erwachsene mit körper-

lichen Erkrankungen versorgten. Es wurden 116 Personen identifiziert und mit einem Kurzfragebogen schriftlich kontaktiert (Rücklauf: N=80, 69 %). Von den 22 ÄrztInnen, die Bereitschaft bekundeten, an einer Fokusgruppendifkussion teilzunehmen, hatten 19 im Vorjahr Selen-supplemente an PatientInnen mit Krebs empfohlen (Einschlusskriterium). Mit ihnen wurde in der Regel persönlich die Teilnahme an einem von zwei Diskussions-terminen vereinbart, zu denen insgesamt 5 AllgemeinmedizinerInnen (2 Frauen, 3 Männer) erschienen.

Forschungsethik

Alle TeilnehmerInnen gaben mündlich ihre Einwilligung zur Studienteilnahme (informed consent). Da keine PatientInnen beteiligt waren, war ein Votum der Ethikkommission nicht nötig.

Diskussionsleitfaden

Der Diskussionsleitfaden wurde mit Fachpersonen aus dem Bereich CAM (Medizin, Psychologie, medizinische Assistenzberufe) im Rahmen eines Rollenspiels getestet und anschließend adaptiert. Hierbei wurde auch eine Liste möglicher Motive zur Selenempfehlung erstellt und diese anschließend – durch Theorie und die Erfahrungen der Erstautorin geleitet – unter Einbezug aktueller Forschung erweitert. Es wurden induktiv vier Kategorien gemäß der Bezugsrichtung der Motive gebildet: patientenbezogen, arztbezogen, bezogen auf Arzt-Patient-Verhältnis, bezogen auf Gesellschaft/Medizinsystem und AkteurInnen dieses Bereichs.

Ablauf der Fokusgruppen

Für die Gruppen standen jeweils zwei Stunden zur Verfügung. Die Autorin leitete die Diskussion und wurde unterstützt von einer wissenschaftlichen Kollegin als Protokollantin.

Im ersten Teil sammelten, unter anderem mittels Moderationskarten, und diskutierten die TeilnehmerInnen Motive, Selen zu empfehlen. Während einer Pause duplizierten die Moderatorin und die Protokollantin die Moderationskarten und arrangierten die beiden identischen Kartensätze in gleicher Reihenfolge auf zwei getrennte Pinboards, markiert mit „männlicher Patient“ und „weibliche Patientin“.

Zur Einleitung des zweiten Diskussionsteils wurde expliziert, dass sich diese Untersuchung mit Fragestellungen der Geschlechterforschung beschäftigt. Außerdem wurde versucht, die Aufmerksamkeit der Beteiligten von den PatientInnen auf sich selbst zu lenken. Die TeilnehmerInnen gewichteten ihre Motive an den Tafeln mittels Klebepunkten und getrennt nach dem Geschlecht der PatientInnen. Anschließend wurden die Tafeln nebeneinander platziert und dienten als Diskussionsanreiz, der im weiteren Verlauf der Diskussion visuell präsent blieb.

Der Ablauf war durch ein hohes Maß an Strukturierung gekennzeichnet, weil der Autorin aus Vorerfahrungen das Bedürfnis von ÄrztInnen nach einem als effizient empfundenen Arbeits- und Diskussionsstil bekannt war. Da die Reflexion von Genderfragen in Bezug auf die eigene Profession erst in den letzten Jahren zunehmend in die medizinische Ausbildung integriert wurde, war davon auszugehen, dass eine bewusste Verbalisierung eigener, als Normalität empfundener Praxen für bereits seit Jahren berufstätige TeilnehmerInnen ungewöhnlich sein würde. Mit der Untersuchungsanordnung sollte das Thema Gender in das Themenfeld eingeführt und präsent gehalten werden, mit der Frage, wie sich die ÄrztInnen hierzu positionieren und welche Akteurskonstruktionen sie darin vornehmen.

Datengrundlage

Die Audioaufnahmen der Fokusgruppendifkussionen wurden von einer externen Fachkraft transkribiert und von der Autorin mit den Originalaufnahmen abgeglichen. Diese Transkripte stellen das Datenmaterial für die Auswertung dar.

Auswertungsmethode

Die Daten wurden im ersten Durchgang mit Elementen der dokumentarischen Methode analysiert (Bohnsack 2003). Die dokumentarische Methode ist ein mehrschrittiger Prozess, von dem die formulierende Interpretation, reflektierende Interpretation und komparative Analyse durchgeführt wurden. In der vergleichenden Interpretation wurden die Themen Motive zu Selenempfehlung, Gendering von PatientInnen sowie Selbstwahrnehmung/Arztrolle einer gesonderten Betrachtung unterzogen. Es wurden unter anderem die in den Aussagen der ÄrztInnen zu identifizierenden Geschlechterkonstruktionsprozesse herausgearbeitet, die auf die Bedeutungshorizonte der Diskutierenden in den Fokusgruppen hinwiesen.

Für die vorliegende Veröffentlichung wurde das komplette Datenmaterial gemäß den aktuellen Fragestellungen in einem zweiten Durchgang qualitativ inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) analysiert. Die Auswertung wurde vom Ziel geleitet, die Geschlechterkonstruktionen der TeilnehmerInnen und die dem Nahrungsergänzungsmittel Selen diesbezüglich zugeschriebenen Funktionen zu erfassen und eine Interpretation unter Berücksichtigung des Entstehungskontextes zu ermöglichen. Hierzu wurden die Daten gemäß den adressierten Subjekten kategorisiert:

- Aussagen über PatientInnen mit den Unterkategorien: Körper, Krankheitsverhalten/Kontakt zum Versorgungssystem, Krankheitsverhalten/Psyche, innere Haltung/Einstellung, Krankheitssituation/-verlauf, Kontakt zu Dritten, Ernährung/Nahrungsergänzung
- Aussagen über ÄrztInnen
- Aussagen über die Arzt-Patient-Interaktion

In die Auswertung gingen sowohl die Aussagen ein, die geschlechtsbezogen für Frauen oder Männer getroffen wurden, als auch geschlechtsunspezifische Aussagen. Besonderer Wert wurde dabei auf die Analyse von Sequenzen hoher interaktiver Dichte (bei Bohnsack 2003: Fokussierungsmetaphern) und die Reflektion der Moderationsinterventionen bei der Analyse dieser Sequenzen gelegt.

Beide Auswertungsmethoden wurden anschließend integriert und erbrachten die hier dargestellten Ergebnisse.

3 Ergebnisse

„Ob sie Frau oder Mann sind, ist ihr Problem“

Im ersten Teil der Fokusgruppendifkussion wiesen TeilnehmerInnen beim Sammeln der Motive für eine Selenempfehlung mehrfach auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen männlichen und weiblichen PatientInnen hin. In beiden Fokusgruppen wurde als ein Handlungsmotiv formuliert, mittels einer Selenempfehlung das Abwandern von PatientInnen zu „unseriösen“ Methoden und „Gurus“ (A320³) beziehungsweise „Quacksalbern“ (B113) verhindern zu wollen. In einer Gruppe wurde dieses Motiv explizit auf weibliche Patienten bezogen.

Zu Beginn des zweiten Teils der Fokusgruppendifkussionen wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert, die gesammelten Therapieziele nach dem Geschlecht der PatientInnen getrennt zu priorisieren. In beiden Gruppen rief dies Irritationen hervor und die TeilnehmerInnen wiesen die Annahme zurück, das Geschlecht der PatientInnen würde ihr ärztliches Verhalten beeinflussen:

1M2⁴ also, da kann ich jetzt so nichts damit anfangen [...] Ich beschäftige mich aber nicht mit diesem Unterschied, ich beobachte ihn lediglich, also ich seh, dass, dass die Leute, dass die Frauen andere Interessen ham wie die Männer im Durchschnitt, aber ich mach damit nichts, ich lass es auf mich wirken
(A818–A827)

Geschlecht wurde als ein Komplex von Handlungen und Bedürfnissen von PatientInnen angesehen, die von außen an ÄrztInnen herangetragen werden. ÄrztInnen würden sich dann gemäß den unterschiedlichen Anforderungen als eine Art passiver Spiegel äußerer Umstände verhalten, aber keinesfalls aktiv Geschlechterunterschiede vornehmen, sondern „alle gleich“ behandeln. Die Frage nach eigenem geschlechtsbezogenen Verhalten

3 A und B kennzeichnet die zwei Gruppen, die Zahl die Zeilennummer im Transkript.

4 Die DiskussionsteilnehmerInnen sind alphanumerisch gekennzeichnet durch die Gruppennummer (1/2), Geschlecht (Mann M/Frau F) sowie eine eindeutige Zuordnungsziffer. M = Moderatorin. Zeilennummern im Transkript in runden Klammern. Transkriptionserläuterung: + 1 Sekunde Pause, [am Zeilenanfang kennzeichnet gleichzeitiges Sprechen mehrerer Personen, = kennzeichnet direkten Sprechübergang ohne Pause, ? unverständliches Wort, Kommata und Punkte sind nur vermerkt, wenn entsprechende Sprechabschnitte hörbar waren.

wurde als von anderen – durch Genderforscherinnen – als bedeutsam konstruiert empfunden:

- 1F1 Ja, ist jetzt nicht der nennenswerte Unterschied, na, den wir jetzt da erwartet hätten ++++
- 1M1 Das hängt ja irgendwie mit die Charité, mit dieser Geschlechterforschung zusammen – haben die was anderes erwartet oder
(Einlassung der Moderatorin, dass es darum geht, ihre Haltungen zu erfahren)
- 1F1 Wenn, wenn ein Patient zu mir kommt, dann ist mir das eigentlich egal ob er ne Frau oder ein Mann ist, weil den würd ich genauso beraten + Also ich weiß
[nicht wie es den Kollegen geht, aber]
- 1M1 [Ja, ich habe das gleiche Gefühl wie sie
[und auch die Punkte]
- 1F1 [Das macht für mich keinen
Unterschied, ich mein, wenn jetzt jemand, eine Frau besonders empfindlich ist und mehr in die esoterische Richtung, sag ich mal, geht, dann wird man mit der halt noch vielleicht andere Dinge zusätzlich machen, die halt betüdeln und vielleicht noch zum Psychologen schicken oder in eine schöne Physiotherapie oder weiß der Kuckuck was, dass die sich einfach rundum wohlfühlt, ne? Aber
[sonst
(A923–A958)]

In beiden Gruppen kam es zu mehreren Sequenzen, die sich schematisch wie folgt charakterisieren lassen: Ausgehend von dem Diskussionsgrundreiz, ob sich ÄrztInnen gegenüber Frauen und Männern gleich oder different bezüglich einer Selenempfehlung verhalten würden, wurde die Frage nach geschlechterdifferentem eigenen Handeln in der ärztlichen Tätigkeit aufgeworfen. Dies wurde verneint und die eigenen Handlungen als unabhängig vom Geschlecht der PatientInnen dargestellt. Dieser Aussage folgten Beispiele für Geschlechterdifferenzen zwischen Patientinnen und Patienten. Zum Abschluss der Sequenz wurde durch Interaktionen unter den TeilnehmerInnen ein Konsens hergestellt, dass Geschlechterdifferenzen auf Seiten der PatientInnen zwar allgegenwärtig seien, jedoch das eigene ärztliche Handeln davon unbeeinflusst bleiben würde.

- 2F1 Na, ich hab mir halt dauernd überlegt: Mach ich n Unterschied zwischen Männern und Frauen? Mach ich einen?
- M Ja und?
- 2F1 Ich habe nur in dem einen Punkt vielleicht, in dem „Gefühl des Patienten, selbst etwas tun zu können“ würd ich denken, dass das noch mehr Frauen interessiert, oder + ja +
[...]
würd ich denken, ist bei Frauen stärker ausgeprägt, ich weiß es nicht, ansonsten würd ich sagen, glaube ich (lacht), Männer und Frauen gleich zu behandeln. Aber dann musst ich natürlich diesen einen Punkt woanders hinsetzen, klar + bei den Männern. Und den hab ich dann eben bei ihm „Immunkompetenz“, also +++ „Verbesserung der Immunkompetenz“ hingesetzt, ne? + So.
- M Ehm, warum dahin?
[Ham Männer das nötiger oder]
- 2F1 [Also sag ich mal, weil
das so n rein rationales Denken ist ehm, das also das ich ++ vielleicht nem Mann, dies ihm eben eher liegt
(B724–739)]

Geschlecht wurde als auf Seiten der PatientInnen zu verortende Tatsache angesehen:

- 1M2 aber ich seh's jetzt nicht so wichtig, das geschlechterspezifisch zu diskutieren. Ich halt's da eher mit Kollegen [Name 1M1], dass es einfach um die Sache geht und was die Leut dann daraus machen, ist ihr Problem + und ob sie ne Frau oder n Mann sind ist auch ihr Problem (A1324–1329)

„Das männliche und das weibliche Prinzip“

Psychologische und körperliche Verfassung wurden als wichtige Aspekte des Gesundheitszustandes der PatientInnen beschrieben. Die TeilnehmerInnen stellten die menschliche Physiologie im Wesentlichen als geschlechtsneutral dar, ebenso die Körperlichkeit in Bezug auf Krebserkrankungen, deren Manifestationen und medizinische Maßnahmen (mit Begriffen wie „Vollblut“, „Darmkrebs“). Geschlechterdifferenzen wurden hier ausschließlich in Bezug auf die reproduktiven Organe und die hier verorteten Erkrankungen (Prostata-, Ovarialkarzinom) angeführt. Selen wurden identische biologische Effekte in allen Körpern zugeschrieben. Konsequenterweise wurden auch die ‚medizinischen‘ Motive für die Selenempfehlung, also die Absicht, erwünschte biochemische Effekte zu erzielen, als unabhängig vom Geschlecht der PatientInnen angesehen (wie die „Verbesserung des Immunsystems“).

Eine Gruppe diskutierte geschlechtliche Körperlichkeit als Barriere, an Krebsfrüherkennungen teilzunehmen, mit der Frauen und Männer unterschiedlich umgehen würden. Die Untersuchungen an sich wurden als ähnlich körperinvasiv für beide Geschlechter angesehen. Die Ausführung bezog sich auf die Teilnahme von Männern an rektalen und von Frauen an vaginalen Untersuchungen (nicht etwa auf dieselbe rektale Tastuntersuchung bei beiden Geschlechtern). Dies und die Sprachwahl stellten die Untersuchungen in einen (hetero-)sexualisierten Kontext, in dem Männer sich nur selten und widerwillig „mit dem Finger im Hintern rumbohren“, Frauen sich jedoch häufiger „da unten rumfummeln“ ließen:

- 1M2 man muss jetzt mal die Krebsvorsorge – Frau mit Krebsvorsorge – Mann vergleichen: welcher Mann lässt sich freiwillig mit dem Finger im Hintern rumbohren? Ja. [...] [die drücken sich alle rum ich kann mir
1F1 [????
1M2 jetzt nicht vorstellen, ich bin kei Frau, war nie eine wird nie eine sein, aber dass es eh recht viel angenehmer ist beim Gynäkologen da unten rumfummeln zu lassen und Ultraschall, Endosono und so weiter zu machen, aber das Angebot einer Krebsvorsorge Frau [...] ich würd da ne geschätzte Prozentzahl 90 ansetzen. Bei Krebsvorsorge Mann, das ist immer + ein Theater die Leute dazu zu bringen, dass sie dieses, dass sie das machen lassen, Unterhose ausziehen und das machen lassen, da würd ich mal, die Mitmachrate würd ich bei maximal 20 vielleicht 30 Prozent, mehr nicht.
(A1004–A1026)

Beide Gruppen verorteten Geschlechterdifferenzen vorrangig in Psyche und Verhalten, von einem Teilnehmer als „das männliche und das weibliche Prinzip“ (A1092f.) bezeichnet.

Während Männer bei Erkältungen und anderen „Bagatellerkrankungen“ (A1184) ein starkes Krankheitsgefühl entwickeln würden, das sie wegen der Krankschreibung

auch zum Arzt führe, würden sie bei schweren Erkrankungen „das besser wegstecken“ (A1204f.). Männer würden dazu neigen, langanhaltende Beschwerden und Symptome nicht ernst zu nehmen, und kaum selbst ÄrztInnen aufsuchen. Zumeist ergriffen ihre Ehefrauen oder auch Mütter die Initiative, „also den schleifen [...] die Frauen im Schlepptau her“ (A994f.). Krebs würden sie in der Regel mit invasiven Methoden zu bekämpfen suchen, sie aber zur Teilnahme an Nachsorgeuntersuchungen zu bewegen, sei schwierig. Auch fortgeschrittene Krebserkrankungen würden sie noch mit sehr eingreifenden Maßnahmen angehen gemäß der Vorstellung, dass Krebs an einer bestimmten Körperstelle lokalisiert sei und entfernt werden müsse.

Der männliche Patient wurde als rational und „Kopfdenger“ (A1074) beschrieben. Wenige Männer würden aktiv CAM nachfragen („Auf 20 Frauen kommt ein Mann höchstens“, B656) und etliche Verfahren seien auch nicht für sie geeignet, weil die Bereitschaft und Fähigkeit zur Körperbeobachtung und -wahrnehmung fehle. Selen jedoch sei eine geeignete Maßnahme, da sie vom „minimalistisch therapeutisch orientierten Mann“ (A1041f.) einfach durchzuführen sei und nur eine Pilleneinnahme pro Tag ohne weiteres Nachdenken erfordere. Männer würden sich auf Dinge verlassen, die sie ihrem Körper zuführen könnten, die möglichst medikamentenähnlich seien und denen eine „objektive“ biochemische Wirkung zugeschrieben werden könne. Zur Wirkung von Selen müssten Männer in ihrem Verständnis nichts beitragen. Als Nahrungsergänzungsmittel sei es leicht zu besorgen beziehungsweise der Patient delegiere diese Tätigkeit gemäß der geschlechtlichen häuslichen Arbeitsteilung und „lässt e[s] sich von seiner Frau mitbringen“ (A1043f.).

Anekdotisch seien auch Männer bekannt, die verschiedene CAM-Verfahren in einer sich verschlechternden Gesundheitssituation in Anspruch nehmen, jedoch stellen sie die Ausnahme dar.

Frauen hingegen würden wegen Erkältungen erst gar nicht zum Arzt gehen, jedoch bei schwerwiegenden Erkrankungen wie Krebs körperlich und psychisch mehr leiden und sich hier als gesamte Person betroffen sehen. Die weibliche Patientin wurde als „psychisch labiler“ (A1258), leicht zu beeinflussen und als mit dem „Herz“ denkend (A1073) und mit dem „Bauch“ handelnd (A1107f.) beschrieben, die aktiv Hilfe und Unterstützung in verschiedene Richtungen suche und drohe, dabei „irgendnem Guru in die Hände [zu] fallen“ (A320f.). Frauen würden konventionelle Chemo- und Strahlentherapie eher vermeiden und unter diesen Therapien auch mehr leiden. Ihre Ambitionen, über ihre gesundheitliche Lage zu reflektieren, seien sowohl „konstruktiv“ als auch „destruktiv“ (B910f.), weil Frauen dazu neigten, Schuldgefühle bezüglich ihrer Erkrankung zu entwickeln. Da sich Frauen „an mehr Strohhalme klammern“ (A1146), benötigten sie ärztliche Lenkung, Hoffnung und Trost. Frauen würden etliche CAM-Methoden anwenden, zum Beispiel auch Misteln oder Reiki, und hätten den „esoterischen Überbau“ (A1078), der dafür nötig sei. Aufgrund ihrer holistischen Sichtweise von Krebserkrankungen wären Frauen überzeugt, dass eine Maßnahme oder Medikation nur effizient wirken kann, wenn sie selbst aktiv zur Wirkung beitragen.

„Das frisst der, im wahrsten Sinne des Wortes“

Selen wurde in den Fokusgruppen teilweise in den Kontext von Ernährung eingeordnet und als Nahrungsergänzungsmittel bezeichnet. Ernährung allgemein wurde auch explizit in einen ursächlichen Zusammenhang mit bestimmten Krebserkrankungen gestellt. An anderer Stelle wurden Selensupplemente jedoch gezielt aus dem Kontext der Ernährung herausgenommen, wenn beispielsweise darauf hingewiesen wurde, dass Vitamin-C-Supplemente beim Lebensmitteldiscounter erhältlich seien, Selen jedoch nicht. In einer Gruppe wurden zwischen Seleneinnahme bei Krebs und der Einnahme von Acetylsalicylsäure nach Herzinfarkt Parallelen gezogen und Selen dadurch im Kontext von oral einzunehmenden Medikamenten verortet.

In allen Fällen wurde jedoch dem Vorgang der Inkorporation von Selensupplementen eine spezifische Bedeutung beigemessen, als Ausdruck von Selbstfürsorge, sich und dem eigenen Körper etwas Hilfreiches zuzuführen und Gutes zu tun:

- 1M2 „Nimm das Selen, wenn Du schon nichts“ – wenn Sie's anders formuliert haben wollen: „Wenn Du schon nichts andres machen willst und wenn dir das mit der Mistel schon nicht liegt und wenn du, wenn'st schon kei Reiki machen willst ...“ [...] „dann mach wenigstens Selen“, das frisst der [der männliche Patient, G.D.], im wahrsten Sinne des Wortes (A1115–A1119)
- 2F1 Und wenn ich die Tablette einnehm [...] dann ehm passieren da ja noch mehr Dinge, als dass ich einfach nur mir das Selen zuführe. Ich weiß nicht, ob das klar ist, also + die Gedanken in Richtung, eben auch wieder „Was kann ich für mich tun?“, das geht ja weit über das noch hinaus: Ernährung, Bewegung, ehm keine Ahnung Singen, Musik, Malen oder was auch immer. „Was tut mir gut?“ (B417–B424)

„Frauen müssen lernen, den Kopf mit zu gebrauchen“

Neben physiologischen Motiven für eine Selenempfehlung, die als unabhängig vom PatientInnengeschlecht dargestellt wurden, führten die ÄrztInnen eine Reihe von geschlechtsspezifischen Motiven an, die jedoch überwiegend nicht als solche benannt wurden. Es erfolgten geschlechterdifferente Attribuierungen von Wirkmechanismen und -effekten an Selen auf der psychosozialen Ebene:

- 1F1 Also ich glaub, ich hab den Punkt „Hoffnung“ da unten noch gemacht, bei der Frau, das ist der einzige Unterschied, wo ich's vielleicht n bisschen mehr, also den Unterschied zum Mann seh, dass da mehr Hoffnung ehm + notwendig ist denen zu geben, aus meiner Sicht
- M Wie sind Ihre Erfahrungen da?
- 1F1 Dass die halt mehr ++ mehr, ja mehr mehr des Trostes bedürfen und das kann halt eines, einen Teil dazu beitragen, dass sie etwas haben
- M Wie funktioniert das mit Selen? Ich versuch mir das grad ganz praktisch vorzustellen?
- 1F1 Ja, also Förderung der Hoffnung, also sie ham jetzt etwas woran sie auch glauben, dass es ihnen gut tut und hilft und ++ ich denk dass das eben auch wieder nen starken psychologischen Effekt hat. + Der ist halt speziell bei der Frau wieder wichtig.
- M Weil Frauen eher in ne Hoffnungslosigkeit reinkommen, in ner Situation mit ner Krebserkrankung? =
- 1F1 =Ich glaub, dass die psychisch noch etwas eh ++ ehm labiler sind, ja [6 sek Pause] (A1239–A1259)

Durch das Eingehen von ÄrztInnen auf als geschlechterdifferent angesehene Bedürfnisse wurde Selen als Intervention konstruiert, die im Kontakt mit Männern und Frauen geeignet sei, die negativen Seiten des jeweiligen geschlechtsspezifischen Verhaltens abzuschwächen.

Patientinnen könnten – und sollten – so vor unsinnigen und teuren Therapien bei „Gurus“ bewahrt werden. Bei männlichen Patienten wirke Selen nach dem „Fuß in der Tür“-Prinzip (A1051), indem es eine Anbindung an die behandelnden ÄrztInnen schaffe, die dann auch für weitere Maßnahmen im Sinne der Steigerung männlicher Complicity für Nachsorgeuntersuchungen und -behandlungen genutzt werden könnte.

- 1M2 alles im Kopf, die Frauen machen, es ist Vorurteil, aber es ist wirklich so statistisch, die machen alles mit dem Herz, Herzdenken, Kopfdenken und
[unter diesem Aspekt
1F1 [aus'm Bauch raus
1M2 [aus'm Bauch raus und unter diesem Aspekt: die Männer, Männer müssen lernen, mehr aus'm Bauch raus zu machen und die Frauen müssen lernen eh, den Kopf auch mit zu gebrauchen, das ist nichts Ketzerisches, sondern das ist nur: man muss die Prioritäten verschieben.
(A1103–A1112)

Diese Verhaltensmodifikationen bei Frauen und Männern seien zu erreichen, indem oberflächlich eine Einigung auf jeweils von ihnen erwartete Therapieziele und Selen als adäquate Interventionsstrategie stattfindet.

- 2M1 [Ja, also ich hab
auch den Eindruck, dass Männer mit Krebserkrankung eher dazu neigen, die Krankheit als etwas anzusehen, das mit ihnen als Person nicht so viel zu tun hat und von daher auch für sie durch Eigenaktivitäten auch nicht so stark zu beeinflussen ist. Sondern mehr durch n Mittel, was man eben einnimmt und was dann eben objektive, von ihnen unabhängige Wirkung entfaltet und von daher sind dann die Therapieziele, auf die ich mich mit Männern einige eher, einige eher auch objektive Ziele, wo die Patienten sich dann eher drauf einlassen oder wo sie danach fragen. Wobei das Ziel auch hier sein sollte natürlich, die eigene Aktivität zu fördern und eh + auch den Männern ermöglichen, ne andere Sichtweise ihrer Erkrankung zu entwickeln.
(B754–B768)

Der Diskurs mit männlichen Patienten kann mit medizinischen Fachtermini gestaltet werden, um ihnen das Nahrungsergänzungsmittel näher zu bringen:

- M Männer=
2F1 =Da kann man sagen, da gibt es Helferzellen und Suppressorzellen und die werden dann ange-
regt
(B739–B741)

4 Diskussion

Die vorgeführten Befunde entstammen einer ersten Untersuchung, die Geschlechterkonstruktionen durch ÄrztInnen im Kontext von Nahrungsergänzungsmitteln als CAM-

Verfahren bei Krebs in den Blick nimmt. Es lassen sich anhand der Daten folgende Diskursstränge nachzeichnen, deren nähere Betrachtung und Überprüfung sich in weiteren Studien mit einer umfangreicheren Datenbasis empfiehlt.

Geschlecht wird von den ÄrztInnen als ein spezifischer, auf der PatientInnenseite lokalisierter Komplex von Verhalten und Befinden dargestellt. Geschlecht wird essentialistisch gedacht als Determinante von Verhalten und psychischem Erleben von PatientInnen. So gewinnt es Relevanz für die objektiv (be-)handelnden ÄrztInnen und wird zum Umstand, auf den sie im Sinne des PatientInnenwohls reagieren müssen. Dies entspricht, obwohl die TeilnehmerInnen sich gegen Geschlechterforschung deutlich abgrenzten, der Konstruktion von Geschlecht im aktuellen Diskurs der ‚geschlechtsspezifischen Medizin‘: „As seen in the discourse of biological and social reductivism, the ‘gender-specific body’ rests heavily on a construction of gender as a property of individuals, framed as attitudes, components of chosen ‘lifestyle’, and so-called ‘social roles’“ (Annandale/Hammarström 2010: 581).

Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie psychische Faktoren wie Emotionen von Männern und Frauen werden als different ausgestaltet, aber in der Praxis als gleichermaßen problematisch für deren Gesundheit angesehen. Während Frauen als naiv, zu emotional und unstrukturiert geschildert werden, gelten Männer als zu rigide, simplizistisch und vermeidend. Diese Bilder von labilen Frauen und stoischen Männer entsprechen essentialistischen Ansätzen in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit und deren traditionellen Geschlechterstereotypen (vgl. Locke 2011). Physiologische Aspekte werden dagegen nicht geschlechterdifferent erklärt und Selen werden gleiche biochemische Effekte in allen menschlichen Körpern zugeschrieben.

Ärztliche Motive für eine Empfehlung von Selen als CAM bei Krebserkrankungen fokussieren auf die PatientInnen und das Ziel, deren psychosomatisches Befinden zu verbessern. Selensupplemente stellen dabei die CAM-Methode der Wahl dar, da sie gesundheitsfördernde physiologische Wirkungen hätten, auf die sich ÄrztInnen sowohl mit Männern als auch Frauen als Therapieziele verständigen könnten. Bemerkenswert ist hierbei, dass für diese Annahme keine Evidenz aus medizinischen Studien vorliegt. Kürzlich – allerdings erst nach der Datenerhebung – wurde eine große Krebspräventionsstudie mit Selen bei Männern vorzeitig beendet, da sich keine Hinweise auf positive Effekte von Selen (und Vitamin E), dafür aber für mögliche Gesundheitsschädigungen durch eine Langzeiteinnahme gezeigt hatten (Lippman et al. 2009). Es muss an dieser Stelle offen bleiben, ob die Aussagen der ÄrztInnen heute noch genauso ausfallen würden, jedoch wiesen sie schon zum Zeitpunkt der Untersuchung deutlichere Übereinstimmungen mit den Marketingaussagen der Anbieter auf als mit der wissenschaftlichen Evidenzlage.

Selensupplemente werden als sinnvolle ärztliche Interventionen gesehen, als gesundheitlich problematisch empfundene ‚männliche‘ beziehungsweise ‚weibliche‘ Verhaltensweisen abzuschwächen. Diese Therapieziele werden von den ÄrztInnen als ihre eigenen dargestellt und nicht als konsensuell mit den PatientInnen vereinbart, ein Vorgehen, das Elemente des sogenannten paternalistischen Modells der medizinischen

Entscheidungsfindung (nach Emanuel/Emanuel 1992) aufweist, in dem ÄrztInnen zu wissen glauben, was das Beste für ihre PatientInnen sei.

Die offenen Aushandlungsprozesse um Geschlecht finden laut Darstellungen der ÄrztInnen nicht am Thema des Gesundheitsverhaltens statt, sondern an den Attribuierungen, die an das Spurenelement Selen vorgenommen werden. Um seine Akzeptanz bei Männern zu steigern, wird eine Dekontextualisierung von Selen aus dem Bereich der Ernährung, eine Betonung biochemischer Effekte mit medizinischen Fachtermini und damit eine Herauslösung aus weiblich gedachten Bezügen vorgenommen. Obendrein kann die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung innerhalb eines heteronormativen Bezugsrahmens durch die Delegation der Tätigkeit des Einkaufens und Er-/Nährens an die Ehefrau aufrecht erhalten werden. Einerseits wird so die Haltung affirmiert, Männlichkeit sei unvereinbar mit dem Kümern um Ernährung und Gesundheitszustand. Andererseits soll Selen als tägliche, mit der eigenen Männlichkeit zu vereinbarende und zu inkorporierende Erinnerung dienen, auf sich selbst und das eigene Befinden zu achten. Es muss weiterer Forschung vorbehalten bleiben, wie diese Strategien und Aushandlungsprozesse in der Praxis tatsächlich verlaufen und ob sie sich als subversiv oder affirmativ bezüglich hegemonialer Männlichkeit erweisen.

Bei Frauen steht die Einbettung von Selen in den Kontext von sich etwas Gutes tun und in ein stützendes soziales Umfeld im Vordergrund. Diskursiv werden Frauen durch ihre Konstruktion als labil und emotional in eine geschwächte und vulnerable Position gebracht, in der sie der Lenkung und Unterstützung durch ÄrztInnen bedürfen. Die durch Selen erzeugte „Hoffnung“ und die Anbindung an die ÄrztInnen sollen ihnen als verlässliche Stütze dienen, die die „Strohhalme“ und „Quacksalber“ ersetzen, an die sie sich sonst klammern würden.

Es ist also davon auszugehen, dass Männlichkeiten und Weiblichkeiten im ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakt in der Interaktion hergestellt werden und ÄrztInnen hieran im Sinne von ‚doing gender‘ einen aktiven Beitrag leisten. Dies steht im Kontrast zur Selbstwahrnehmung und zum Selbstverständnis der ÄrztInnen, Männer und Frauen „gleich“ zu behandeln, also die Geschlechterdifferenz nicht in die Interaktion einzubringen, sondern lediglich auf vorgefundene Differenzen zu reagieren. Jedoch nutzen sie als niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen das Nahrungsergänzungsmittel, um als AkteurInnen in die Versorgung onkologisch Erkrankter einbezogen zu werden, die sonst oftmals anderen FachärztInnen vorbehalten bleibt. Selen als Nahrungsergänzungsmittel kann hier als ein Ort gesehen werden, an dem Männlichkeit und Weiblichkeit in ihren Verbindungen zu Gesundheit zwischen (Haus-)ÄrztInnen und PatientInnen verhandelt werden.

Interessanterweise nahmen die ÄrztInnen in der biochemischen Wirkungsattribution an Selen keine Geschlechterdifferenz vor. Es bleibt abzuwarten, ob sich dies im Zuge des sich zunehmend artikulierenden Diskurses um angebliche grundlegende biologische Unterschiede zwischen Männer- und Frauenkörpern („every cell has a sex“, IOM 2001: 28) in der Zukunft verändern wird. Die AnbieterInnen von Nahrungsergänzungsmitteln jedenfalls haben den Schritt zur geschlechterdifferenten Ausgestaltung

des Nahrungssupplementmarktes mit Produkten wie „Frauen Mineralien“ oder „Frauen Mineralstoffe“ bereits vollzogen.

Aussagekraft der Daten

Diese Arbeit erfüllt die Gütekriterien der Dokumentation (intersubjektive Nachvollziehbarkeit), der Gegenstandsangemessenheit und empirischen Verankerung für qualitative Forschung (Steinke 2009). Es ist durch das Design gelungen, Fokusgruppendiskussionen über Geschlechterfragen mit Angehörigen einer Berufsgruppe zu führen, die eher schwer für eine aktive Teilnahme an Studien zu gewinnen ist. Allerdings stellte die hohe no-show-Rate der ÄrztInnen ein Problem dar. In Kombination mit zeitlichen Restriktionen, die eine Fortführung der Untersuchung mit weiteren Gruppen nicht erlaubten, ergab dies eine selektive und sehr begrenzte Datenbasis, die das wünschenswerte Kriterium der Sättigung noch nicht erreicht hat. Es ist davon auszugehen, dass weitere Untersuchungen, bevorzugt auch in anderen Settings, weitere Aspekte der Geschlechterkonstruktionen im Kontext von Selen und CAM erbringen. Auch muss die Frage, inwiefern das Geschlecht der TeilnehmerInnen selbst beziehungsweise die daraus entstehenden gleich- und gemischtgeschlechtlichen Paarungen in ärztlichen Konsultationen Einfluss auf die vorgenommenen Geschlechterkonstruktionen haben, anderen Studien vorbehalten bleiben.

Diese Arbeit sollte daher als vorläufiger Diskussionsbeitrag verstanden werden, der Anregungen für weitere Forschungsarbeiten geben kann.

Beachtung verdient auch die Frage, welchen Einfluss die Vorgabe von Geschlechterdichotomie als Diskussionsanreiz auf die Geschlechterkonstruktionen der ÄrztInnen hatte. Der Diskussionsanreiz fragte nach (potenziell differentem) Verhalten der TeilnehmerInnen gegenüber Männern und Frauen, wovon sie sich jedoch deutlich abgrenzten und eine Verschiebung des Diskussionsthemas auf das Verhalten und Befinden von PatientInnen vornahmen. Es ist denkbar, dass der Diskussionsreiz die dyadische Darstellung von Männern und Frauen und die Polarisierung ihrer Geschlechtsrollenzuschreibungen verstärkt hat.

Jedoch konstruierten die TeilnehmerInnen die Geschlechterdichotomie ausschließlich in Bezug auf Verhalten und Psyche, nicht – wie sonst in der Medizin verbreitet – in Bezug auf biologische Unterschiede, und grenzten sich durch essentialistische Erklärungen auch explizit von Moderationsinterventionen ab, die konstruktivistisch ausgerichtet waren. Insbesondere aber relationale Aspekte von Geschlecht und Geschlechterverhältnissen und ihre spezifischen Verbindungen zu Gesundheit und Krankheit erscheinen offeneren Designs zukünftiger Forschung zugänglicher.

Literaturverzeichnis

- Annandale, Ellen & Hammarström, Anne. (2010). Constructing the 'gender-specific body': A critical discourse analysis of publications in the field of gender-specific medicine. *Health*, 15 (6), 571–587
- Bohnsack, Ralf. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die qualitative Methode*. 5. Aufl. Opladen: Leske + Budrich
- Boon, Heather; Brown, Judith Belle; Gavin, Alan; Kennard, Mary Ann & Stewart, Moira. (1999). Breast cancer survivors' perceptions of complementary/alternative medicine (CAM): Making the decision to use or not to use. *Qualitative Health Research*, 9, 639–653
- Cheetham, P. J.; Le Monnier, K. J. & Brewster, S. F. (2001). Attitudes and use of alternative therapies in UK prostate cancer patients – isn't time we were in the know? *Prostate Cancer Prostatic Dis*, 4, 235–241
- Dennert, Gabriele. (2007). „Something they believe in“. *Motives of German physicians for recommending selenium supplements to female and male cancer patients – a focus group investigation*. (Unveröffentlichte Masterarbeit). Berlin
- Dennert, Gabriele & Horneber, Markus. (2009). Selenium for alleviating the side effects of chemotherapy, radiotherapy and surgery in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD005037.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD005037.pub2
- Dennert, Gabriele; Zwahlen, Marcel; Brinkman, Maree; Vinceti, Marco; Zeegers, Maurice P. A. & Horneber, Markus. (2011). Selenium for preventing cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD005195. DOI: 10.1002/14651858.CD005195.pub2
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267, 2221–2226
- Ernst, E.; Resch, K.; Mills, S.; Hill, R.; Mitchell, A.; Willoughby, M. & White, A. (1995). Complementary medicine – a definition. *British Journal of General Practice*, 45, 506
- Eustachi, Axel; Pajtler, Helenka; Linde, Klaus; Melchart, Dieter & Weidenhammer, Wolfgang. (2009). Patients of an Interdisciplinary Cancer Treatment Center: Use of, Knowledge About, and Demand for CAM Treatment Options. *Integrative Cancer Therapies*, 8, 56–62
- Foss, Christina & Sundby, Johanne. (2003). The construction of the gendered patient: Hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Education and Counseling*, 49, 45–52
- Galdas, Paul M.; Cheater, Francine & Marshall, Paul. (2005). Men and health help-seeking behavior: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 616–623
- Grace, Victoria. (2007). Beyond dualism in the life sciences: implications for a feminist critique of gender-specific medicine. *Journal of Interdisciplinary Feminist Thought*, 2 (1), Article 1. Zugriff am 2. Mai 2012 unter <http://escholar.salve.edu/jift/vol2/iss1/1>
- Hall, Judith A.; Irish, Julie T.; Roter, Debra L.; Ehrlich, Carol M. & Miller, Lucy H. (1994). Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology*, 13, 384–392
- Hamberg, Katarina; Risberg, Gunilla; Johansson, Eva E.; Westman, Göran. (2002). Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 11 (7), 653–666
- Institute of Medicine (IOM). Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences. (2001). *Exploring the Biological Contributions to Human Health. Does Sex Matter?* National Academy Press: Washington, DC
- Kampf, Antje. (2006). Report on the conference on 'Men, Women, and Medicine: A New View of the Biology of Sex/Gender Differences and Aging' held in Berlin, 24–26th February 2006. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 1 (11), DOI: 10.1186/1747-5341-1-11
- Kiss, Alexander & Meryn, Siegfried. (2001). Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *British Medical Journal*, 323, 1055–1058

- Klemperer, David. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Beziehung*. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Zugriff am 1. Februar 2007 unter <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2003/i03-302.pdf>
- Kolip, Petra & Glaeske, G. (2002). Die Medikalisierung weiblicher Biographien im mittleren Alter. *Schweizerische Ärztezeitung*, 83, 479–482
- Krieger, Nancy. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 350–355. DOI: 10.1136/jech.2004.024562
- Lee, Christina & Owens, R. Glynn. (2002). Issues for a psychology of men's health. *J Health Psychology*, 7, 209–217
- Lippmann, Scott M.; Klein, Eric A. & 31 colleagues. (2009). Effect of Selenium and Vitamin E on Risk of Prostate Cancer and Other Cancers. The Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA*, 301, 39–51
- Locke, Abigail. (2011). The Social Psychologising of Emotion and Gender. A Critical Perspective. In Willemijn Ruberg & Kristine Steenberg (Hrsg.), *Sexed Sentiments. Interdisciplinary Perspectives on Gender and Emotion* (S. 185–207). Amsterdam: Rodopi
- Lyons, Antonia C. (2009). Masculinities, femininities, behavior and health. *Social and Personality Psychology Compass*, 3, 394–412
- Mayring, Philipp. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11., aktual. und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz
- Mróz, Lawrence W.; Chapman, Gwen E.; Oliffe, John L.; Bottorff, Joan L. (2011). Men, food, and prostate cancer: gender influences on men's diets. *American Journal of Men's Health*, 5, 177–187
- Münstedt, K.; Entezami, A.; Wartenberg, A. & Kullmer, U. (2000). The attitudes of physicians and oncologists towards unconventional cancer therapies (UCT). *Eur J Cancer*, 36, 2090–2095
- Nicolaisen-Murmann, K.; Thiel, F.; Mohrmann, S.; Grünewald, E.; Ackermann, S.; Bender, H. G.; Beckmann, M. W. & Fasching, P. A. (2004). Komplementäre und alternative Methoden (CAM) bei Frauen mit Genital- oder Mammakarzinom: multizentrische Studie zur Prävalenz und Motivation. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 65, 178–185
- Oliffe, John & Thorne, Sally. (2007). Men, masculinities, and prostate cancer: Australian and Canadian patient perspectives of communication with male physicians. *Qualitative Health Research*, 17, 149–161
- Petru, E.; Schmied, P. & Petru, C. (2001). Komplementäre Maßnahmen bei Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen unter Chemo- und Hormontherapie. Bestandsaufnahme und kritische Überlegungen für die Praxis. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 61, 75–78
- Roter, Debra L.; Hall, Judith A. & Aoki, Yutaka. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*, 288, 756–764
- Rutten, Lila J.; Arora, Neeraj K.; Bakos, Alexis D.; Aziz, Noreen & Rowland, Julia. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling*, 57, 250–261
- Schofield, Penelope; Diggins, Justine; Charleson, Catherine; Marigliani, Rita & Jefford, Michael. (2010). Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology setting: Communication recommendations for clinicians. *Patient Education and Counseling*, 79, 143–151
- Schofield, Toni; Connell, R. W.; Walker, Linley; Wood, Julian F. & Butland, Dianne L. (2000). Understanding men's health and illness: A gender-relations approach to policy, research, and practice. *Journal of American College Health*, 48, 247–256
- Schritt, Katarina. (2011). *Ernährung im Kontext von Geschlechterverhältnissen. Analyse zur Diskursivität gesunder Ernährung*. Wiesbaden: VS Verlag

- Seale, Clive; Ziebland, Sue & Charteris-Black, Jonathan. (2006). Gender, cancer experience and internet use: A comparative keyword analysis of interviews and online cancer support groups. *Social Science & Medicine*, 62, 2577–2590
- Sehouli, J.; David, M.; Kaufmann, B. & Lichtenegger, W. (2000). Unkonventionelle Methoden in der Krebsmedizin – Postoperative Nutzung durch Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 60, 147–154
- Steinke, Ines. (2009). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319–331). 7. Auflage. Reinbek/Hamburg: Rowohlt
- Verhoef, Maria J.; Hilsden, Robert J. & O’Beirne, Maeve. (1999). Complementary therapies and cancer care: an overview. *Patient Education and Counseling*, 38, 93–100
- Verhoef, Marja J.; Balneaves, Lynda G.; Boon, Heather S. & Vroegindewey, Annette. (2005). Reasons for and characteristics associated with complementary and alternative medicine use among adult cancer patients: a systematic review. *Integrative Cancer Therapies*, 4, 274–286

Zur Person

Gabriele Dennert, Dr. med., Institut für transdisziplinäre Gesundheitsforschung Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Diversifizierung in der Gesundheitsversorgung, Evidenzbasierte Komplementärmedizin, Psychoonkologie, Gesundheit von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Trans*Personen
Kontakt: Institut für transdisziplinäre Gesundheitsforschung, Graefestraße 16, 10967 Berlin
E-Mail: dennert@diverse-health.de